

Заявление о включении в Список Застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе коллективного страхования «Моя работа» (ред. 02.04.2021)

Настоящим я,	ФИО Застрахованного		
Дата рождения	дд.мм.гггг	Телефон	8xxxxxxxxx
Паспортные данные	Номер, серия паспорта Застрахованного, кем и когда выдан		
Адрес регистрации	Адрес регистрации Застрахованного		

действую осознанно и добровольно, выражаю свое желание быть Застрахованным лицом по Программе коллективного страхования «Моя работа» (ред. 02.04.2021) (далее – Программа страхования) в соответствии с Договором добровольного коллективного страхования № Д2/ФВ/6/10/22 от «18» мая 2022 г., заключенным между ООО «ФинВин» (далее – Страхователь) и АО «Д2 Страхование» (далее – Страховщик) (далее – Договор добровольного коллективного страхования).

Настоящим я подтверждаю, что ознакомлен (-а) с информацией о Страховщике, со всеми условиями Программы страхования, включая сведения о страховых случаях / рисках; событиях, которые не являются страховым случаем; размере страховой суммы, сроке страхования, имущественном интересе, являющемся объектом страхования, размере страховой премии (страхового тарифа), условиях досрочного расторжения Договора добровольного коллективного страхования в отношении Застрахованного лица, порядке осуществления страхового возмещения.

Располагая всей необходимой информацией, я прошу указать меня в Списке Застрахованных лиц (являюся неотъемлемой частью Договора добровольного коллективного страхования) в качестве Застрахованного лица на следующих условиях:

Страховой случай	Страховая сумма	Срок страхования
Страховым случаем является следующее событие, произошедшее в течение срока страхования Застрахованного лица (при условии, что данное лицо соответствует условиям п. 3.2. Программы страхования, и событие не относится к событиям, которые в соответствии с разделом 7 Программы страхования не являются страховыми случаями): вручение Застрахованному лицу , работающему на основании заключенного на неопределенный срок трудового договора (заключенного с юридическим лицом, являющимся резидентом РФ и предусматривающего осуществление трудовой деятельности на территории РФ), уведомления о: а) ликвидации организации (п. 1 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса РФ), б) сокращении численности или штата работников организации (п. 2 ч. 1 ст. 81 Трудового кодекса РФ).	xxx,xx (Сумма прописью) руб.	В соответствии с соглашением Застрахованного лица и Страхователя (и при условии уплаты Страхователем страховой премии Страховщику).
	Выгодоприобретатель	
	Получателем страховой выплаты (Выгодоприобретателем) является Застрахованное лицо.	

Я заявляю, что на момент подписания настоящего Заявления:

а) работаю на основании трудового договора, заключенного на неопределенный срок с организацией, осуществляющей хозяйственную деятельность не менее 3 (Трех) лет и в отношении которой не подано заявление о признании банкротом и не ведется конкурсное производство в связи с банкротством / которая не признана решением суда банкротом; б) не зарегистрирован в качестве индивидуального предпринимателя и не являюсь работником индивидуального предпринимателя; в) имею трудовой стаж на последнем месте работы более 12 (Двенадцати) месяцев; г) не прохожу в настоящий момент испытание для приема на работу; д) не являюсь не работающими по состоянию здоровья; е) не нахожусь в неоплачиваемом отпуске; ж) не нахожусь в отпуске по беременности и родам согласно ст. 255 ТК РФ; з) не нахожусь в отпуске по уходу за ребенком согласно ст. 256 ТК РФ; и) не работаю на условиях неполного рабочего дня, неполной рабочей недели или совместительства; к) не получаю вознаграждение по договорам гражданско-правового характера, в т. ч. по договорам оказания услуг, выполнения работ, договорам авторского заказа и иным договорам, заключенным с индивидуальными предпринимателями или юридическими лицами, а также не являюсь членом производственных кооперативов (артелей); л) не являюсь сотрудником органов внутренних дел, гражданским служащим или лицом, с которыми заключен служебный контракт (контракт о службе или иной документ), положения которого не регулируются Трудовым Кодексом РФ и / или который не может быть расторгнут по инициативе работодателя на основании п. 1 и п. 2 ч. 1 ст. 81 Трудового Кодекса РФ; м) являюсь гражданином РФ; н) не имею права на получение трудовой пенсии по старости (части трудовой пенсии по старости), в т. ч. досрочно, либо пенсии по старости или за выслугу лет по государственному пенсионному обеспечению.

Я подтверждаю достоверность всех сведений, указанных в настоящем Заявлении. Мне известно, что характер этих сведений является основанием для моего участия в Программе страхования. Я понимаю и согласен (-а) с тем, что если мною приведены ложные (недостоверные) сведения, сокрыты факты, то Договор добровольного коллективного страхования в отношении меня является незаключенным.

Я подтверждаю, что Страховщик выбран мною добровольно, и что я уведомлен (-а) Страхователем о своем праве выбрать любую другую страховую компанию по своему усмотрению либо отказаться от участия в Программе страхования.

Я уведомлен (-а), что участие в Программе страхования не является условием для получения иных услуг (в том числе финансовых, включая выдачу кредита и др.), и мой отказ от участия в Программе страхования не может являться основанием для отказа в предоставлении таких услуг или ухудшения условий предоставления таких услуг. Я подтверждаю, что Договор добровольного коллективного страхования / мое участие в Программе страхования не является способом обеспечения исполнения каких-либо обязательств Застрахованного лица.

Я даю согласие Страховщику – АО «Д2 Страхование» (630099, Новосибирск, ул. Депутатская, д. 2, помещ.1) и его контрагентам на обработку (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) любым, не противоречащим законодательству РФ, способом (в том числе с использованием средств автоматизации или без использования таких средств) моих персональных данных, включая: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефонов, адреса электронной почты, реквизиты документа, удостоверяющего личность, социально-демографические характеристики, сведения о трудоустройстве и увольнении – в целях включения меня в качестве Застрахованного лица в Список застрахованных лиц к Договору добровольного коллективного страхования по Программе страхования, исполнения Договора добровольного коллективного страхования, перестрахования, проведения маркетинговых исследований и рекламных акций. Я даю согласие Страховщику АО «Д2 Страхование» на осуществление информирования меня путем направления sms / голосовых сообщений, а также по телефону, сети Интернет, электронной почте, почте и другим каналам связи о продуктах и услугах Страховщика (включая сообщения рекламного характера). Согласие на обработку персональных данных и согласие на информирование вступают в силу в момент подписания настоящего Заявления и действуют в течение 5 (Пяти) лет с даты окончания срока страхования; по истечении указанного срока действие согласий считается продленным на каждые следующие 5 (Пять) лет при отсутствии сведений об их отзыве. Согласие может быть отозвано в любое время путем передачи Страховщику подписанного Застрахованным письменного уведомления; в случае отзыва согласия Страховщик прекращает обработку персональных данных после выполнения требований законодательства, регламентирующих его деятельность, и в сроки, предусмотренные действующим законодательством РФ.

Я уведомлен, что Страхователь уплачивает Страховщику страховую премию, размер которой рассчитывается путем умножения страховой суммы на страховой тариф 0,25% за срок страхования.

С Договором добровольного коллективного страхования, Программой страхования ознакомлен (-а) и согласен (-а). Программу страхования получил (-а), обязуюсь ее выполнять.

Настоящее заявление заполнено с моих слов и по моему поручению. Со всеми документами и условиями, перечисленными в Заявлении, я подробно ознакомился (-ась), все указываемые в Заявлении условия мной проверены, я с ними согласен (-на) и подтверждаю.

ЗАСТРАХОВАННОГО

..... / дата

..... / АСР

ФИО ЗАСТРАХОВАННОГО

..... / дата

подпись

АСР